FACULTE DE MEDECINE DE PARIS   N° 69

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 *février* 1874,

PAR AD. ORHOND,

Né à Brest,

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE

SPÉCIALEMENT SUR LA TRANSLUCIDITÉ COMPLÈTE DE LA TUMEUR

DANS CERTAINES CIRCONSTANCES



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1874

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). LASEGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GARIEL.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DAMASCHINO.	GUENIOT.	PAUL.
BLACHEZ.	DUBRUEIL.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BOCQUILLON.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GRIMAUX.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
		NICAISE.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N*.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N*.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. BOUCHARDAT, *président*; REGNAULD, GAUTIER, OLLIVIER.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire*.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR MARCELLIN DUVAL

Ex-Directeur des hôpitaux de la marine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Souvenir de gratitude, marque du plus profond respect.

A MES AMIS

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE

SPÉCIALEMENT SUR LA TRANSLUCIDITÉ COMPLÈTE DE LA TUMEUR

DANS CERTAINES CIRCONSTANCES

On comprendra tout d'abord, d'après le titre de cette thèse, qu'il ne s'agit nullement d'une monographie de l'hydrocèle. Je me bornerai à quelques considérations sur le diagnostic différentiel et le traitement, car je me propose spécialement pour but d'appeler l'attention sur un fait constaté par le professeur Marcellin Duval, ancien directeur du service de santé de la marine, fait qui n'est mentionné nulle part comme je le prouverai, et dont l'importance ne saurait échapper au praticien. Il s'agit de la *translucidité complète* de la tumeur dans un certain nombre d'hydrocèles de la tunique vaginale.

Nous devons rappeler ici que M. Duval a publié sur ce sujet une note dans l'Annuaire de thérapeutique (1858) de M. Bouchardat, et un mémoire dans la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 26 juin 1862. Nous reproduirons, quand l'occasion s'en présentera, quelques extraits de ce mémoire.

Nous nous faisons un devoir d'emprunter au même journal, numéro du 11 mars 1873, l'appréciation suivante émanant de ses savants rédacteurs, et montrant que l'autorité de M. Duval fait foi dans le monde médical :

« M. le Dr Th. Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest, dit, dans le cours d'une observation très-remarquable, relative à un anévrysme cirsoïde, guéri par les injections de perchlorure de fer avec l'aide du compresseur de M. Duval : « Mon diagnostic fut con-« firmé par mes collègues et d'autres médecins, parmi lesquels je « suis heureux de compter mon excellent maître, M. le professeur « Marcellin Duval, dont la haute autorité chirurgicale est appréciée « par nous tous à Brest. »

« Vous pouvez ajouter, reprennent les rédacteurs, que l'auto-« rité de M. Marcellin Duval est appréciée par tous ceux qui con-« naissent les travaux de ce très-éminent chirurgien. »

Nous ajouterons, à notre tour, qu'un professeur de cette Faculté, M. Bouchardat, parle souvent dans ses cours et aux examens des observations de M. Marcellin Duval sur le scorbut. Nous savons que M. Duval a signalé le premier un fait important, c'est que l'altération des gencives ne constitue pas un des signes pathognomoniques du scorbut, et qu'il existe, chez certains scorbutiques, un contraste frappant entre la présence de larges ecchymoses aux membres inférieurs et l'état normal ou presque normal des gencives (*Mémoire sur le choléra morbus et le scorbut*, J.-B. Baillière, 1853).

Ces observations ont été confirmées ultérieurement par les Drs Mauger, Le Bozec (guerre de Crimée), Brion, Blanchard, Charpentier (siége de Paris). Voir les thèses de ces médecins.

Nous sommes heureux de voir les travaux de notre maître appréciés comme ils le méritent, et c'est avec confiance que nous soumettons à nos juges ce modeste travail, basé sur les observations scrupuleuses que M. Duval a bien voulu mettre à notre disposition, et qu'il a recueillies lui-même, en présence de nombreux témoins, dans

les salles de clinique chirurgicale et d'autres salles des hôpitaux maritimes de Brest et de Toulon.

Il serait trop long de reproduire *in extenso* toutes les observations : je citerai seulement les extraits que j'ai faits de plusieurs d'entre elles.

Voici l'ordre que je suivrai après avoir dit quelques mots de la translucidité :

A. — Citations empruntées à la plupart des ouvrages classiques dans le but de prouver qu'il n'est pas fait mention de la translucidité totale ou complète de l'hydrocèle.

B. — Moyens de reconnaître la translucidité complète; essais tentés pour l'explication de cette translucidité. Analyse du liquide.

C. — Division des hydrocèles en trois catégories : observations cliniques (*extraits*).

D. — Diagnostic différentiel (*exposé sommaire*).

E. — Traitement (*exposé sommaire*).

F. — Piqûre du testicule, comme accident de la ponction, citations : procédé de M. Marcellin Duval pour éviter cet accident.

TRANSLUCIDITÉ.

Nous substituerons avec M. Duval au terme *transparence* celui de *translucidité*, qui, d'après les définitions données des corps transparents et des corps translucides, est la seule applicable à l'hydrocèle, laquelle n'est jamais que translucide.

« La lumière, est-il dit dans la *Physique* de MM. Gariel et Desplats, p. 227, peut aussi se propager à travers certains corps qui sont dits translucides ou transparents, transparents lorsqu'ils per-

mettent de distinguer la forme et la couleur des objets lumineux ou éclairés, comme l'air, l'eau, le verre, etc., translucides lorsque, permettant de reconnaître la présence d'une source de lumière, ils empêchent cependant d'en avoir une notion complète, comme le verre dépoli, le papier, etc.

« Quand on examine à l'aide d'une vive lumière, dit M. Duval, et avec les précautions voulues, une hydrocèle idiopathique de la tunique vaginale, ayant un volume un peu considérable, *existe-t-il toujours* à l'endroit occupé par le testicule et l'épididyme une opacité assez étendue, assez nettement accusée pour indiquer positivement la situation de ces organes? »

L'auteur du mémoire cité plus haut répond par la négative.

« Craignant d'être dupe de quelque illusion d'optique, ajoute-t-il, j'ai pris pendant plusieurs années assez de précautions pour m'en croire à l'abri. Dans ce but j'ai fait contrôler mes expériences par les professeurs des Ecoles de Brest et de Toulon et par un très-grand nombre de chirurgiens de la marine. Or, je dois rendre justice à ceux qui ont bien voulu se charger de ce contrôle ; ils ont examiné les tumeurs soumises à leur exploration avec un soin scrupuleux, et en faisant tomber les rayons lumineux sous les incidences les plus variées, comme je l'avais conseillé moi-même. Ils n'ont admis, enfin, qu'après une conviction profonde, la réalité d'un fait qui par sa nouveauté excitait vivement leur attention. »

A. Citations empruntées a la plupart des ouvrages classiques, dans le but de prouver qu'il n'est pas fait mention de la translucidité complète de l'hydrocèle.

Mérat. — *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXII, p. 201 :

« Il faut, pour cela (pour observer l'hydrocèle), placer une chandelle allumée, du côté opposé à celui sur lequel on jette les yeux, et placer un corps non transparent au-dessus de la lumière. A l'aide de

ces précautions, nous avons trouvé peu de ces tumeurs qui n'aient présenté la transparence et à travers lesquelles nous n'ayons distingué la situation du testicule et jusqu'à un certain point son degré d'engorgement. »

Blandin. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome X, p. 112 :

« Dans l'hydrocèle, le testicule et l'épididyme sont placés en arrière de la tumeur, rarement en avant ou en haut, ce qui cependant existe quelquefois. Il est facile de sentir ces parties dans le lieu qu'elles occupent, et de les bien distinguer du reste de la tumeur aussi longtemps que celle-ci conserve de la mollesse; mais dans le cas contraire le caractère précédent devient obscur, et alors on ne peut reconnaître la position du testicule qu'en explorant la partie malade avec la lumière, et en remarquant l'*ombre* qu'il projette au milieu du reste de la tumeur. Au reste, comme je l'ai dit, la transparence de la tumeur peut manquer et alors il n'existe aucun moyen pour bien s'assurer de la position du testicule. »

Murat. — *Dictionnaire* en 21 vol., tome II, p. 282 :

« Cette tumeur se laisse le plus souvent traverser par la lumière d'une bougie. Pour bien observer la transparence, il faut avoir soin de placer la tumeur dans un lieu peu ou point éclairé et de tendre la peau qui la couvre. On dirige ensuite la lumière vers le côté opposé à celui sur lequel on jette les yeux; enfin, on doit placer un corps opaque au-dessus de la bougie. A l'aide de ces précautions, on reconnaît la *transparence* de la tumeur et la *position du testicule*, etc. »

Delpech. — *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*, tome III, sect. vii, p. 185, 186.

« L'effet le plus naturel de la distension progressive de la tunique vaginale est d'en amincir les parois, ce qui, joint au peu d'épaisseur

du scrotum et à la limpidité du liquide épanché, rend la tumeur transparente au point de distinguer la situation du testicule et les vaisseaux du scrotum. »

Boyer. — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, tome X, p. 190 :

« Celle-ci (la transparence) ne fait pas seulement connaître que la tumeur est une hydrocèle, elle fait juger encore du lieu que le testicule occupe et jusqu'à un certain point du volume de cet organe. Toutefois il est bon d'observer que l'étendue de la partie opaque n'est pas toujours proportionnée au volume du testicule qui ne peut être bien apprécié qu'après l'évacuation du liquide contenu dans la tunique vaginale. »

Samuel Cooper. — *Dictionnaire de chirurgie pratique*, t. Ier, p. 649 :

« La transparence est suivant Pott un indice très-incertain, quoiqu'on l'ait appelé le signe principal et caractéristique de cette maladie, et presque tous les auteurs s'accordent à le regarder comme tel et comme servant de base à leurs preuves sur la nature de la maladie. La transparence de la tumeur est une circonstance qui dépend moins de la quantité de la couleur ou de la consistance du fluide qui constitue la maladie que de l'épaisseur, ou de la finesse plus ou moins grande du sac qui le contient et des membranes communes du scrotum.

« Les observations de Pott sur la transparence sont exactes en ceci : que l'absence de ce signe ne prouve pas que la maladie ne soit pas une hydrocèle. En effet, l'épaisseur de la tunique vaginale et, ainsi qu'on aurait dû le remarquer également, l'opacité du liquide qu'elle renferme empêchent quelquefois la lumière de traverser la tumeur. Mais, d'un autre côté, Pott aurait dû poser en principe que, lorsque la transparence existe, c'est un des symptômes les plus caractéristiques de ce genre d'hydrocèle. »

Velpeau. — *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales*, t. XV, p. 454 :

« Le signe pathognomonique de l'hydrocèle, celui que depuis longtemps les praticiens admettent comme le plus certain, se tire de la transparence de la tumeur. Pour l'obtenir, il faut que le malade soit placé, etc....

« En s'y prenant ainsi, on distingue parfaitement la masse transparente de la tunique vaginale, pour peu qu'il y ait d'eau, de la masse opaque formée par le testicule et l'épididyme. »

Nélaton. — *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 608 :

« Un des caractères de l'hydrocèle sur lequel les chirurgiens ont le plus insisté, c'est la transparence. Si l'on place la tumeur entre l'œil et une bougie allumée, la lumière est parfaitement transmise dans tous les points, excepté dans celui qu'occupe le testicule. L'opacité indique nettement la position de la glande.

« Avant de pratiquer la ponction, le chirurgien doit toujours savoir d'avance la position du testicule, car si la translucidité de la tumeur fournit un signe précieux pour reconnaître la nature de la maladie, elle est aussi d'une extrême importance pour apprécier la position relative des parties. En étudiant les différents points de la masse soumise à l'examen, on trouvera un *point opaque* correspondant au testicule. L'étendue de cette tache non transparente est inférieure à celle que devrait fournir la projection des contours du testicule, ce qui tient à un phénomène de lumière, le liquide de l'hydrocèle agissant à la manière d'une lentille. Si l'on enfonçait le trocart sur la limite de cette partie non transparente, on le ferait pénétrer dans le testicule, ce qu'il faut éviter avec soin. »

Vidal de Cassis. — *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. V, p. 175 et 176.

« L'hydrocèle se présente sous la forme d'une tumeur plus ou

moins volumineuse, de configuration variable, bien circonscrite, rénitente, élastique, fluctuante, transparente....

« En dirigeant bien la lumière, en la faisant frapper sur un côté de la tumeur, quand le reste est dans l'obscurité, on distingue non-seulement le testicule, on reconnaît sa position, mais on constate aussi la direction des principaux vaisseaux des bourses.

Fort. — *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale*, p. 780.

« On peut constater la transparence de la tumeur en la plaçant entre l'œil et la flamme d'une bougie. Il faut pour bien percevoir ce phénomène percer un trou de 5 à 6 centimètres au milieu d'un écran, d'un calendrier par exemple. On place la tumeur entre l'écran et la lumière, puis on regarde par cette ouverture. Avec un peu d'habitude on arrive facilement à reconnaître que le testicule occupe la partie inférieure.

B. Moyens de reconnaître la translucidité.

Pour observer une hydrocèle, M. Duval propose d'apporter au procédé communément employé quelques modifications qui rendent plus complet l'examen attentif de la tumeur.

« Si l'on éclaire incomplètement la tumeur, dit-il, si la lumière tombe seulement sur sa partie antérieure et supérieure, la partie postérieure et inférieure restée dans l'ombre sera évidemment opaque et l'on a conclu plus d'une fois à la présence du testicule en cet endroit, ce qui était possible mais nullement démontré. Il importe donc de faire traverser par les rayons lumineux la partie postérieure et inférieure de l'hydrocèle; plus souvent qu'on ne le croit *a priori*, l'opacité disparaîtra pour céder la place à une parfaite translucidité. »

C'est afin de ne pas tomber dans cette erreur que M. Duval conseille aux débutants:

1° De placer et de maintenir la tumeur dans une position horizontale ;

2° De tendre le scrotum pour en effacer tous les plis;

3° De faire arriver les rayons lumineux dans une direction bien perpendiculaire au point qu'on explore.

Rapportons textuellement ce que dit l'auteur pour atteindre ce triple but :

« Nous supposerons que l'hydrocèle n'existe que d'un côté. Le malade est debout, le dos solidement appuyé contre un mur, une cloison, etc... On le prie de porter en avant le bassin, par conséquent les parties génitales. Le chirurgien qui est placé à gauche et qui peut être assis, fait maintenir aussi relevé que possible le testicule du côté sain. Il en est de même de la verge, qu'un aide ou le malade maintient pour ainsi dire appliquée contre la paroi antérieure de l'abdomen.

« On saisit alors entre le pouce et l'index de la main droite immédiatement au-dessus de la tumeur et d'arrière en avant l'espèce de pédicule formé par le cordon spermatique. En un mot ces doigts tournés en haut et en avant sont placés dans l'intervalle qui existe presque toujours entre l'hydrocèle et l'anneau inguinal; le pouce répond à la partie gauche et antérieure de la tumeur, l'index à la partie opposée. Ces doigts font glisser de bas en haut le scrotum et l'attirent fortement vers l'anneau inguinal, dans le but d'effacer tous ses plis. Les autres doigts de la main droite fléchis et recourbés en crochets contribuent efficacement à ce résultat en attirant et maintenant en arrière la peau des bourses.

« Il s'agit actuellement de porter la tumeur en avant et en haut afin de la placer bien horizontalement. Il importe beaucoup en effet de ne pas la laisser dans une position déclive.

« Si par exception il n'existe pas entre la tumeur et l'anneau inguinal un espace suffisant pour le pouce et l'index, la tumeur sera toujours amenée à la position horizontale, et tous les doigts de la

main droite fléchis et recourbés en crochets à sa partie postérieure et inférieure attireront le scrotum dans ce sens.

« Un aide placé à droite tient aussi près que possible de la partie correspondante du scrotum une bougie allumée : on lui indique en temps opportun, les mouvements nécessaires pour l'éclairer successivement tous les points de la tumeur. Comme contre-épreuve, le chirurgien imprime à celle-ci divers mouvements, après avoir recommandé de ne pas mobiliser la lumière durant la contre-épreuve. Sa main gauche dont les doigts sont rapprochés et dont le bord cubital repose sur la partie supérieure de la tumeur sert ainsi d'écran.

« J'ai dit en commençant que cette translucidité complète se rencontrait surtout dans les hydrocèles idiopathiques, mais il n'est pas très-rare de la constater dans les hydrocèles symptomatiques de diverses maladies du testicule ou de l'épididyme, de leur inflammation surtout. Pourvu que ces organes soient environnés d'une certaine couche de liquide (et quelquefois il est permis d'affirmer qu'elle est bien mince), cette couche peut suffire pour empêcher de déceler la position du testicule et de l'épididyme.

« D'après ce que nous avons écrit déjà en 1858, nous commençons par palper la tumeur et nous cherchons à l'aide du toucher à nous assurer de la position du testicule et de l'épididyme. Le toucher fournit quelquefois à cet égard des renseignements que l'on pourrait demander en vain à l'intervention de la lumière. Bien plus nous croyons avoir démontré dans nos cours que celle-ci induit assez fréquemment en erreur par suite d'une translucidité trop étendue qui conduit à ponctionner sur un point où l'on rencontre le testicule et qui donne de fausses notions sur la quantité de liquide contenu dans la tumeur. On est alors autorisé à penser que cette quantité est plus considérable qu'elle ne l'est réellement, et pour le dire en passant, bien des hydrocèles considérées *a priori* comme idiopathiques, sont symptomatiques ou tout au moins concomitantes d'une orchite, d'une épididymite.

« Il ressort des considérations précédentes que le chirurgien se croyant à l'abri de la lésion du testicule, opère avec trop de confiance et peut blesser cet organe. »

Explication. — Nous avons fait dans ce but quelques expériences, mais le problème est très-complexe, car il faut tenir compte d'un grand nombre d'éléments : l'analyse chimique du liquide (nous la donnons plus loin), les indices de réfraction de ses composants et du liquide lui-même, la forme de la tumeur, la texture de ses enveloppes, la forme et la texture du testicule, etc.

Après les essais que nous avons tentés et que nous n'avons pu continuer faute de temps, nous croyons que la réfraction des rayons lumineux doit jouer un grand rôle dans l'explication du phénomène.

M. le professeur Ch. Robin, dans ses leçons sur les humeurs normales et morbides, donne l'analyse suivante du liquide de l'hydrocèle :

« Principes de la première catégorie : eau, 934,00 à 860,00. Chlorure de sodium et de potassium, 5,00 à 7,00. Carbonate de soude, sulfates de soude et de chaux, phosphates de soude, 2,00 à 4,00.

« Principes de la deuxième catégorie : lactates et urates alcalins, principes cristallins organiques, 1,00 à 3,00. Cholestérine parfois nulle, traces à 8,00, ou séroline, traces. Corps gras, oléine, margarine, traces à 1,60. Urée parfois nulle ou traces non dosées.

Ces humeurs sont plus denses que celles du péritoine, et leurs variations d'aspect et de composition sont bien plus nombreuses. Ainsi on n'y trouve quelquefois seulement que 860 à 900 d'eau et jusqu'à 100 et même au delà pour 1,000 de principes solides. Ce qu'il y a de remarquable encore c'est la quantité de cholestérine qui existe très-fréquemment dans cette sérosité. On en a retiré jusqu'à 8 pour 1,000. Dans ce cas-là, elle est à l'état cristallin et forme des paillettes très-abondantes qui, ainsi que je l'ai dit, troublent l'humeur et lui donnent l'aspect d'un bouillon louche. »

D'après le Dr Papillon : « le liquide de l'hydrocèle est caractérisé par des cristaux de cholestérine assez abondants qui troublent sa transparence et par des matières grasses.

L'auteur donne ensuite deux analyses du liquide de l'hydrocèle :

La première de Heller fournit : eau, 90,64; albumine, 6,00; graisses et cholestérine, 0,02; matières extractives et colorantes, 2,40; sels minéraux et surtout chlorure sodique, 0,94.

La seconde analyse faite par MM. Béchamp et Saint-Pierre sur le liquide d'une hydrocèle double donne les résultats suivants : liquide du côté gauche, jaune clair, contenant eau, 90,20; albumine, 5,21; albumine soluble, 0,64; matières solubles dans l'éther, matières colorantes, urée, 0,08; chlorure sodique, 0,96. Liquide du côté droit : jaune citrin, alcalin, contenant : eau 93,30; albumine 5,21; albumine soluble 0,64; matières solubles dans l'éther 0,06; chlorure de sodium 0,70; pertes 0,09.

Le docteur Bostock a trouvé que 100 parties de sérosité de 1,024 de densité contenaient : eau 91,25; albumine 6,85; matière non coagulable 1,10; sels 0,80.

Quant à la quantité du liquide elle est très-variable. Cline passe pour avoir enlevé à l'historien Gibbon sept litres de sérosité.

Signalons en passant les recherches de M. Max Huppert sur la température de la tunique vaginale et partant sur celle de son liquide. Elles établissent que cette température est toujours inférieure à celle des autres parties du corps qui servent habituellement aux observations de température : la bouche, l'anus, l'aisselle par exemple. Ainsi il a trouvé immédiatement après l'ouverture de la tumeur et l'évacuation du liquide 33 à 35° centigrades, la température générale étant de 36 à 37°. Il y a donc une différence de 2 à 4° entre la température locale et la température générale.

Il a constaté aussi que le séjour du thermomètre dans la cavité vaginale provoque une inflammation qui en quelques heures élève la température locale de 1°,5 à 2°,5, tandis que la température générale

ne gagne pas plus de 0°,5. Jamais il n'a vu le chiffre absolu de la température au scrotum arriver à égaler celui de la température générale. Extrait de la *Gazette hebdomadaire* du 31 janvier 1873, n° 5, p. 77.

C. Division des hydrocèles.

M. Marcellin Duval a proposé de les diviser en trois catégories basées sur l'étendue de la translucidité.

Première catégorie. — Très-nombreuse, comprenant les hydrocèles symptomatiques ou autres, dans lesquelles la vue aidée de la lumière artificielle permet de reconnaître le lieu occupé par le testicule qui est ou n'est point accessible au toucher. Ou le testicule est alors volumineux, ou il n'y a point de liquide interposé entre l'œil de l'observateur et l'organe, ou la quantité de liquide est insuffisante pour produire la translucidité complète, ou le testicule est pour ainsi dire fixé sur un des points de la tumeur. On peut le trouver en bas ou en arrière, en dehors ou en dedans, ou à la partie postéro-inférieure ou postéro-supérieure de la tumeur, voire même en avant, Boyer, Dupuytren, Nélaton, relatent des exemples de cette dernière disposition.

Nous ne nous occupons pas de cette catégorie qui est celle des hydrocèles classiques pour ainsi dire.

Deuxième catégorie. — Il y a translucidité parfaite et il est impossible de constater, soit à l'aide de la vue, soit par le toucher, la situation du testicule et de l'épididyme.

Troisième catégorie. — Il y a encore translucidité complète, mais le toucher revèle la situation de ces organes.

C'est à ces deux dernières catégories d'hydrocèles qu'appartiennent les observations qui suivent.

Observations (extraits). — Clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine navale de Brest et de l'Ecole de Toulon, service de M. Marcellin Duval.

Hydrocèle de la deuxième catégorie. — Il y a translucidité parfaite ou totale de la tumeur, et il est impossible de constater, soit à l'aide de la vue, soit par le toucher, la situation du testicule et de l'épididyme.

Obs. I. — Lucas, 43 ans, ouvrier de l'Arsenal, entré le 13 décembre 1865, atteint à droite d'hydrocèle très-volumineuse, en forme de gourde, parfaitement translucide. Testicule invisible et non appréciable au toucher. Ponctionné le 20 décembre 1856.

Obs. II. — Salluce, 29 ans, capitaine d'armes de 2e classe, entré le 19 décembre 1856. Hydrocèle volumineuse du côté droit, parfaitement translucide. Ni la vue ni le toucher ne peuvent renseigner sur le siége du testicule. Nous nous abstiendrons dans les observations qui vont suivre de répéter cette phrase, puisque nous avons annoncé qu'il s'agissait des hydrocèles de la deuxième catégorie. Ponction le 23 décembre 1856. Ecoulement de 450 grammes de sérosité citrine.

Obs. III. — Meling, 27 ans, soldat d'infanterie de marine, entré le 17 avril 1857. Hydrocèle peu volumineuse à gauche. Ponction le 25 avril 1857.

Obs. IV. — Keravon, matelot, entré le 22 juin 1857. Hydrocèle double d'un volume considérable. Ponction le 6 juillet.

Obs. V. — M. R..., 55 ans, écrivain de la marine, entré le 2 septembre 1857. Hydrocèle peu considérable à droite. Ponction le 9 septembre 1857. Ecoulement de 200 gr. de sérosité très-claire.

Obs. VI. — Lespagnol, 57 ans, pompier, entré le 22 septembre 1857. Hydrocèle volumineuse à droite; diamètre vertical 13 centimètres, diamètre transversal 9 centimètres. Ponction le 12 novembre 1857 : issue de 350 gr. de sérosité.

Obs. VII. — Lelez, 52 ans, mécanicien, entré le 4 novembre 1857. Hydrocèle volumineuse à gauche, donnant issue, après la ponction, à 450 gr. de sérosité jaune verdâtre.

Obs. VIII. — Jossé, 25 ans, matelot de 3e classe, entré le 11 novembre 1857.

Hydrocèle à gauche. volumineuse. Ecoulement de 400 gr. de sérosité après la ponction faite le 17 novembre 1857.

Obs. IX. — Guillot, 26 ans, soldat d'infanterie de marine, entré le 24 décembre 1857. Ponction le 5 janvier 1858.

Obs. X. — Le Pan, 24 ans, entré le 2 avril 1858. Hydrocèle cylindroïde, volumineuse, située à gauche. Ponction le 8 avril, écoulement de 400 gr. de sérosité.

Obs. XI. — Keller, 27 ans, soldat d'infanterie de marine, entré le 23 avril 1858. Hydrocèle peu développée. Ponction le 27 avril, écoulement de 120 gr. de liquide.

Obs. XII. — Morvan, journalier aux subsistances, entré le 1er mars 1859. Hydrocèle considérable à droite. Ponction le 19 mars; écoulement de 300 gr. de sérosité.

Obs. XIII. (*Clinique chirurgicale de l'école de Toulon*, 1861.) — Julien, 49 ans, ouvrier d'artillerie de marine. Hydrocèle à droite, datant de 12 ans, à marche très-lente, mesurant en diamètre vertical 12 centimètres, en circonférence prise à la partie moyenne, 21 centimètres. Cet homme fut examiné par M. Roubin, chirurgien professeur, par plusieurs autres professeurs de l'école, par MM. Barthélemy et Lauvergne, alors médecins de 1re classe, professeurs actuellement, par les chirurgiens et les étudiants qui suivaient la clinique. On reconnut la translucidité parfaite de la tumeur, sans que la moindre opacité indiquât la présence du testicule. Cependant le testicule et l'épididyme étaient volumineux, puisque après l'évacuation du liquide, la mensuration a donné les résultats suivants : diamètre longitudinal 7 centimètres, diamètre antéro-postérieur 5 centimètres, diamètre transversal 4 centimètres. L'opération fut faite par M. Roubin, d'après le procédé de M. Duval.

Obs. XIV. (*Clinique chirurgicale de l'école de Toulon.*) — Curet, 18 ans, fourrier à bord du *Montebello*, entre le 21 avril 1862. Hydrocèle volumineuse à droite. Circonférence prise à la partie moyenne 24 cent., diamètre transversal 8 cent., diamètre antéro-postérieur 7 cent. La tumeur est soumise à l'examen de la plupart de MM. les professeurs ds l'école qui reconnaissent qu'il y translucidité complète et que le testicule se dérobe à la vue et au toucher. La ponction faite et le liquide évacué, on mesure le testicule qui donne les dimensions suivantes : diamètre longitudinal 5 cent., antéro-postérieur 4 cent., transversal 3 centimètres.

Obs. XV. (*Clinique chirurgicale de l'école de Brest.*) — Le 27 juillet 1864, M. Duval, alors directeur du service de santé à Brest, fit observer dans la salle 14, à plusieurs médecins de la marine, une hydrocèle du côté gauche, très-volumineuse, *complètement translucide ;* il fut impossible par la vue et la palpation de préciser le lieu qu'occupait le testicule. Le malade atteint de dysentérie succomba ; il fut de nouveau examiné avec attention à l'amphithéâtre, le résultat fut le même.

Dans le courant de l'année 1865, M. Duval pria M. Jossic, médecin en chef, et plusieurs médecins de 1re classe, d'examiner une hydrocèle complètement translucide siégeant sur un homme couché au n° 14 de la salle 4, service de M. Gallerand, chirurgien professeur. L'opération fut faite le 25 janvier.

Hydrocèle de la troisième catégorie. — Comme dans celles de la deuxième, il y a translucidité complète, mais la palpation révèle la position du testicule et de l'épididyme.

M. Duval a recueilli plusieurs observations appartenant à cette intéressante catégorie.

Obs. I. — Huet, 26 ans, employé à la mâture. Entré le 20 juillet 1857. Hydrocèle du côté droit, peu volumineuse et dont la grosse extrémité est tournée en haut. On constate à l'aide du *toucher* la position du testicule à la partie postérieure de la tumeur. Il y avait pourtant translucidité complète. Ponction le 21 juillet, écoulement de 50 gr. de sérosité citrine.

Obs. II. — Le Bon, 53 ans, forgeron retraité, entré le 11 août 1857. Hydrocèle côté droit, peu volumineuse, complètement translucide. Par le toucher on constate que le testicule est situé en arrière et en haut. Ponction le 14 août ; écoulement de 150 gr. de sérosité.

Obs. IV. — M. P..., 21 ans, sous-lieutenant d'infanterie de marine, entré le 8 octobre 1857. Hydrocèle volumineuse, côté droit, translucide. Le testicule est en arrière et en bas. Ponction le 17 novembre; écoulement de 500 gr. de sérosité.

Obs. IV. — Heliès, 52 ans, ouvrier de l'arsenal, entré le 7 novembre 1857. Hydrocèle, côté droit, diamètre vertical 10 cent., diamètre transversal 6 cent., complètement translucide, comme dans les cas qui vont suivre, testicule situé en arrière. Ponction le 16 novembre, écoulement de 200 gr. de sérosité.

Obs. V. — Moizan, 27 ans, soldat d'infanterie de marine. Hydrocèle peu volumineuse à gauche. Testicule en arrière. Ponction le 27 avril 1858. Ecoulement de 60 gr. de sérosité.

Obs. VI. — Moreau, 22 ans, entré le 9 juin 1858. Hydrocèle symptomatique d'orchite et d'épididymite chroniques, datant de huit ans, située à droite. Le testicule occupe la région postéro-supérieure de la tumeur.

Obs. VII. — Pascal, 26 ans, artilleur de la marine, entré le 5 juillet 1858. Hydrocèle du côté droit, datant de deux ans, peu volumineuse. Testicule placé à la partie postéro-inférieure de la tumeur. Ponction le 27 juillet.

Obs. VIII. — Téphany, 28 ans, matelot de la direction, entré le 12 mai 1859. Hydrocèle à gauche, très-volumineuse, translucide.

La tumeur a été examinée attentivement avant et après la ponction par MM. Le Fèvre, alors directeur du service de santé à Brest, J. Rochard, chirurgien en chef, aujourd'hui directeur à Brest, Castel, Caurant, Guémar, Mauger, Le Coniat, Le Barzic, Rougon, Faucherand, Carpentin, médecins de la marine, et par beaucoup d'étudiants.

Le testicule est situé à la partie inférieure de la tumeur. L'organe est parfaitement appréciable, surtout en bas. On peut le palper sous la peau dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres. Il est reconnaissable à la forme, à la douleur que provoque la pression ; il y a absence de douleur partout ailleurs. Un aide tient le testicule pendant l'opération pour l'empêcher de remonter. Le liquide évacué, on mesure le testicule dont le diamètre vertical est de 6 centimètres, et cependant il y avait translucidité complète !

Obs. IX. — Corentin, matelot de 3e classe, entré le 23 mai 1859. Hydrocèle à droite, peu volumineuse ; testicule placé à la partie postéro-inférieure. Ponction le 3 juin 1859. Ecoulement de 70 gr. de sérosité.

D. Diagnostic différentiel de l'hydrocèle. (*Exposé sommaire*). (1)

Il est presque inutile de répéter que la translucidité joue un rôle

---

(1) Voir les travaux si importants de M. le professeur Gosselin : Mémoire sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle et sur son traitement. (Archives générales de médecine.) Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.

très-important dans ce diagnostic; chaque fois qu'il y a doute, c'est que ce signe manque ou se produit d'une manière imparfaite.

On admet généralement cinq espèces d'hydrocèle :

1° L'hydrocèle de la tunique vaginale;

2° L'hydrocèle par infiltration du cordon ;

3° L'hydrocèle congénitale;

4° L'hydrocèle du sac herniaire ;

5° L'hydrocèle enkystée du cordon.

Voyons à quels caractères saillants les quatre dernières se différencient de la première (1).

L'hydrocèle par infiltration du cordon, sur l'existence de laquelle Vidal de Cassis émet des doutes, serait due à la formation de petits kystes nombreux sur le trajet du cordon qui alors se couvre de bosselures dans une étendue plus ou moins grande, et acquiert le volume du pouce environ. Cette tumeur un peu fortement comprimée reproduit une douleur semblable à celle qu'éprouve le testicule, elle est mobile dans la scrotum. L'hydrocèle vaginale ne saurait être confondue avec elle.

L'hydrocèle congénitale se distinguera de la vaginale proprement dite en ce qu'il sera possible de faire refluer dans l'abdomen le liquide du sac.

L'hydrocèle du sac herniaire peut se présenter sous deux aspects : ou bien le liquide se déverse dans un sac occupé par une anse intestinale, ou bien il se produit dans un sac abandonné. Dans les deux cas le diagnostic est ordinairement assez facile.

L'hydrocèle enkystée du cordon peut prêter à la confusion, si son volume devient considérable. Elle se reconnaît aux caractères suivants : tumeur petite au début, parfaitement délimitée et rénitente dès son origine, ne se développant pas de bas en haut et indépendante du testicule qu'elle repousse de côté.

---

(1) Voir pour l'hydrocèle enkystée spermatique, la thèse du Dr Hue, Paris, 1873.

Passons maintenant en revue les tumeurs des bourses qui peuvent être prises pour des hydrocèles.

L'hydrocèle, dit Curling, traduit par le professeur M. Gosselin, ne peut guère être confondue qu'avec deux maladies, la hernie et le cancer du testicule.

La hernie, outre qu'elle n'est pas traversée par la lumière, se reconnaît en ce qu'elle se développe de haut en bas, laisse facilement percevoir le testicule à la base de la tumeur et reçoit par la toux une impulsion qu'on ne perçoit point dans l'hydrocèle. Enfin, la hernie est réductible, et l'hydrocèle ne l'est pas, à moins qu'elle ne soit congénitale, et encore celle-ci ne donnera-t-elle pas lieu, pendant la rentrée du liquide dans l'abdomen, au bruit du gargouillement que fait entendre la hernie.— La hernie est-elle irréductible? On devra se rappeler, pour ne pas commettre d'erreur, que la tumeur s'est développée de haut en bas et très-souvent à l'occasion d'un effort, tandis que l'hydrocèle a paru d'abord en dehors de l'anneau et sans la circonstance d'un effort (Blandin).

D'après Curling, le sarcocèle ne se distingue difficilement de l'hydrocèle, que dans le cas où les parois de la poche contenant le liquide sont épaissies et rendent indécis l'examen par la palpation et la lumière artificielle. Cependant, il ajoute qu'en soupesant la tumeur, on la trouve plus lourde dans le sarcocèle; sa surface est moins régulière et elle n'affecte pas une forme aussi nettement pyramidale que l'hydrocèle. Le testicule qui, dans l'hydrocèle, conserve son extrême sensibilité la perd lorsqu'il est envahi par la transformation cancéreuse. Si le diagnostic reste indécis, l'auteur conseille la ponction exploratrice, et à l'appui de son conseil, cite un malade de Dupuytren chez lequel les symptômes observés faisaient croire à une affection squirrheuse du testicule, et que le célèbre chirurgien débarrassa d'une hydrocèle avec épaississement cartilagineux de la tunique vaginale, après avoir pris la précaution de pratiquer une ponction exploratrice.

M. Gosselin recommande de tenir compte des portions dures et résistantes qui constituent la tumeur. Dans l'hydrocèle avec épaississement, dit-il, on sent la dureté très-superficiellement; en quelque point qu'on explore la région scrotale, les doigts sont arrêtés d suite par la résistance des enveloppes. Dans les tumeurs cancéreuses ou autres, la dureté est également superficielle en arrière, mais quand on explore en avant et sur les côtés, on ne la rencontre habituellement qu'après avoir déplacé un peu de liquide, ou refoulé une couche de parties molles assez épaissies pour donner à la sensation quelque chose de spécial.

Le cancer encéphaloïde est, d'après Velpeau, une des tumeurs du scrotum les plus capables de donner le change à cause de son développement souvent rapide, exempt de douleur, à cause parfois de son innocuité apparente touchant l'état général du sujet, de la regularité de sa forme et de l'étendue de ses bosselures dans certains cas, à cause, enfin, de la fluctuation dont le testicule ramolli est le siége. Il cite deux cas pris à la Charité où le diagnostic demeura longtemps incertain à cause de cette fluctuation occupant toute l'étendue de la tumeur. L'auteur rappelle qu'on éliminera l'hydrocèle, en remarquant qu'il existe des bosselures ailleurs qu'à la place occupée par l'épididyme, que la fluctuation n'est pas en rapport avec la mollesse des points liquéfiés, surtout que la transparence fait défaut et qu'il n'y a plus de testicule à l'état normal, puisque en quelque endroit et de quelque façon qu'on exerce une compression quelconque, on n'arrive pas à exciter la douleur si vive que ressent toujours le testicule sain.

L'hématocèle peut induire le chirurgien en erreur, surtout si l'on suppose le cas où il aurait affaire à une hydrocèle dont les parois seraient épaissies. Alors, en effet, la translucidité manquerait tout à fait, et il ne subsisterait que les symptômes communs à l'hydrocèle et à l'hématocèle. Curling donne comme signes distintifs de l'hématocèle une fluctuation plus obscure, un poids plus grand, d'au-

tant plus grand que l'épanchement est plus ancien, en dernier lieu sa production instantanée par suite d'accident. Cependant, il est bon de se rappeler que des hydrocèles peuvent, du jour au lendemain, se transformer en hydro-hématocèles, et cela sans violence extérieure. Leprofesseur Gosselin rapporte deux cas intéressants de cette transformation rapide qu'il attribue à la rupture spontanée de petits vaisseaux dans la pseudo-membrane, produite par la vaginalite accompagnant l'hydrocèle.

Curling conseille, dans le doute, d'avoir recours à la ponction exploratrice avec la lancette ou le trocart.

Cooper est également de cet avis : dans tous les cas douteux, dit-il, on peut et même on doit faire une ponction exploratrice avec la lancette.

Dans l'orchite chronique, le testicule malade peut se dissimuler au milieu d'une masse assez abondante de liquide qui distend fortement le scrotum, et fournit fluctuation et translucidité. Curling déclare que le testicule enflammé ne se distinguera dans l'hydro-sarcocèle qu'après l'évacuation du liquide. Lorsque la sérosité est peu abondante ou le sac lâche et peu distendu, alors seulement l'orchite sera facile à découvrir.

Le varicocèle qui, comme l'hydrocèle congénitale, augmente quand le malade est debout et disparaît ou diminue beaucoup quand il est couché, pourrait aussi être confondu avec cette dernière affection. Curling n'indique que l'absence de la transparence du varicocèle pour le distinguer de l'hydrocèle. Mais la transparence peut manquer aussi dans l'hydrocèle.

Vidal de Cassis emploie pour le diagnostic différentiel du varicocèle d'avec la hernie inguinale épiploïque le procédé suivant : il entoure la tumeur d'un linge chaud qui dilate les veines variqueuses et partant la tumeur elle-même, tandis que la hernie n'est pas accrue.

A. Cooper conseille, pour être sûr qu'on est en présence d'un va-

ricocèle, et non d'une hernie épiploïque, de faire d'abord coucher le malade et de relever le testicule pour dégorger les veines. Le chirurgien pose alors le doigt sur l'anneau inguinal et fait relever le malade, ce qui empêche la hernie de retomber dans les bourses et fait au contraire grossir rapidement les veines du cordon comprimées à l'anneau. — Le doigt placé à l'anneau empêcherait également le liquide de l'hydrocèle de refluer du ventre dans la tunique vaginale.

L'œdème des bourses ne coïncidant pas avec une hydropisie générale pourra faire croire à une hydrocèle. Pott fit un jour la ponction d'une tumeur œdémateuse unilatérale la prenant pour un hydrocèle. Curling donne à l'œdème les caractères suivants : une tumeur molle et diffuse conservant l'impression du doigt, occupant les deux côtés du scrotum et en effaçant presque complètement le raphé médian, ce qui ne s'observe pas dans l'hydrocèle double où les deux tumeurs sont nettement séparées l'une de l'autre.

Le testicule syphilitique occasionne souvent une véritable hydrocèle qui n'est cependant qu'un symptôme dans la maladie principale. M. Fort assigne au testicule syphilitique les symptômes suivants : les deux testicules sont pris; l'affection débute par l'épididyme. Il existe des douleurs spontanées faibles, mais le testicule reste insensible à la pression. Le volume de la tumeur est celui d'un œuf, sa surface est chagrinée, mamelonnée, bosselée au niveau de l'épididyme. On constate des accidents syphilitiques simultanés ou antérieurs, tels que chute de cheveux, anciens maux de gorge. On apprend quelquefois du malade qu'il a déjà subi un traitement spécifique.

L'hématocèle testiculaire, étant presque toujours masquée par un épanchement vaginal, pourrait donner lieu à des méprises. J.-L. Petit et Beraud en citent deux cas dans lesquels l'hématocèle vaginale se produisit en même temps que celle du testicule.

Outre que la translucidité fera complètement défaut, il faudra se

rappeler, ainsi que le dit Vidal de Cassis, que cette affection est le résultat d'une violence extérieure.

Elle est du reste peu connue et souvent confondue avec l'hématocèle vaginale qui la complique dans la plupart des cas.

Le testicule tuberculeux s'accompagne quelquefois d'un épanchement vaginal qui peut rendre le diagnostic difficile. Si le testicule est accessible au toucher, on pourra reconnaître dans le liquide une tumeur de volume variable, à surface inégale, irrégulière et très-dure, dans le principe du moins, car il survient plus tard un ramollissement partiel ou général. Si le testicule, ce qui est rare, est entouré par le liquide de façon à rendre la palpation inutile, on s'assurera s'il n'existe pas en même temps des tubercules dans d'autres organes, surtout dans la prostate et les vésicules séminales; et l'on aurait recours à la ponction.

« Il m'est arrivé, dit M. le professeur Gosselin, de compléter le diagnostic du testicule tuberculeux par le toucher rectal qui me permettait de constater une lésion analogue du côté de la prostate ou des vésicules séminales.

Avant de finir ce qui a trait au testicule tuberculeux, nous dirons quelques mots : 1° d'une observation du docteur Nicaise publiée dans la *Gazette médicale* du 9 août 1873; 2° de la Thèse du Dr Mougin sur l'épididymite caséeuse; 3° du Mémoire du Dr Nepveu sur les tumeurs du testicule.

L'observation du Dr Nicaise a pour titre : Tubercules du testicule, et de l'épididyme, hydrocèle, injection iodée, abcès et fistule, ablation du testicule, guérison.

Le Dr Nicaise a trouvé réunies dans le même organe des granulations grises et des masses caséeuses.

Or, d'après Virchow et ses partisans il n'y a orchite tuberculeuse que lorsqu'il y a des granulations grises; les dépôts caséeux sont pour Virchow le résultat d'une inflammation chronique qu'il nomme inflammation scrofuleuse.

Cette observation est à l'appui de l'unicité, puisqu'il s'agit d'une véritable orchite tuberculeuse avec granulations et dépôts caséeux.

« La castration, dit M. Nicaise, employée par le professeur Gosselin a donné un très-beau résultat, et l'anatomie pathologique a montré qu'elle était la meilleure méthode à suivre en ce cas. Il était bien difficile de détruire localement par la cautérisation les produits morbides qui siégeaient à la fois dans le testicule, l'épididyme et l'albuginée. Dans d'autres cas, la cautérisation avec le fer rouge donnera d'excellents résultats. »

M. Mougin reproduit dans sa Thèse les opinions du savant professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, le D[r] Richet et les formule ainsi :

« L'affection connue sous le nom de tubercule du testicule n'a ordinairement rien de commun avec la diathèse tuberculeuse. Elle est de même nature que l'orchite chronique. C'est une inflammation nécrobiotique ou une régression caséeuse dans les produits inflammatoires; elle est liée dans la grande majorité des cas à une suppuration chronique de la région prostatique de l'urèthre. »

Le D[r] Mougin rapporte 16 observations.

M. Nepveu a rencontré trois formes de tubercules :

1° La granulation grise, rare, admise par Virchow, niée par Rindfleisch ;

2° Le tubercule fibreux ou granulation de Bayle ;

3° La tuberculose disséminée.

Les deux premières formes peuvent être isolées par masses tuberculeuses. L'auteur est uniciste pour le testicule comme Thaon et Grancher le sont pour le poumon (1).

---

(1) Le D[r] Nepveu s'occupe aussi dans son excellent Mémoire des tumeurs perlées et des tumeurs encéphaloïdes du testicule. Pour l'auteur, les kystes séreux, les kystes dont le contenu muqueux est enveloppé de cellules pavimenteuses disposées en couches concentriques, les petites tumeurs perlées enfin, entièrement compo-

Kystes du testicule. — « C'est A. Cooper qui, le premier, a décrit cette maladie ; suivant lui, elle peut coïncider avec un état parfait de santé, ce qui la raproche de l'hydrocèle avec laquelle on la confondra, du reste, d'autant plus facilement que les caractères physiques des deux espèces de tumeur ont la plus grande analogie : Aussi, dit Cooper, je suis convaincu que parmi les chirurgiens attachés aux grands hôpitaux de Londres, il n'en est pas un seul qui ne convienne que les premières fois que son expérience a été mise à l'épreuve à ce sujet, il a été induit en erreur. A. Cooper avoue deux ou trois erreurs de ce genre qu'il aurait lui-même commises. » — (Vidal de Cassis, tome V, p. 490.)

Malgré les soins qu'a pris A. Cooper pour établir le diagnostic, il pensait avec raison qu'il restait encore souvent de l'obscurité, et il levait tous les doutes en pratiquant une ponction exploratrice. D'après Vidal de Cassis, rien n'est plus vague que ce qu'il appelait kystes du testicule, et il s'agissait plutôt d'hydrocèles multiloculaires ou de cancers alvéolaires que de vrais kystes.

Les grands kystes se présentent assez souvent au début sous la forme d'une bosselure arrondie, située à la partie antérieure et moyenne du scrotum. — MM. Gosselin et Marcé admettent aussi la division des kystes en grands et en petits. Ceux-ci sont translucides et sans spermatozoïdes, les autres sont opaques et avec spermatozoïdes.

Hydatides du testicule. — Dupuytren, Larrey en ont observé chacun deux cas ; A. Cooper en a vu un seul, Velpeau n'en a pas rencontré.

---

sées de cellules épithéliales affectant la même disposition, sont des altérations du même élément, du canalicule testiculaire.

Au sujet du cancer, le Dr Nepveu, remarquant que les épithéliums vasculaires (artériels veineux et lymphatiques) prennent tous part à la formation du cancer, arrive à cette conclusion : que le cancer peut frapper tous les épithéliums glandulaires et vasculaires de l'organe.

Les kystes sont isolés; ils peuvent occuper le cordon ou se développer dans l'épaisseur de la tunique vaginale sous forme de grappe. La tumeur est d'ordinaire translucide, non fluctuante ou n'offrant qu'une fluctuation obscure.

Notons en passant le fongus bénin, le spermatocèle (maladies fort rares), les transformations fibreuses, osseuses ou cartilagineuses du testicule, et les corps étrangers contenus dans les bourses. On sait qu'en février 1840, Velpeau a présenté un cas de ce genre, et qu'il en fit l'objet d'une leçon clinique très-remarquable. Il s'agissait de débris de fœtus inclus dans les bourses; le professeur était arrivé au diagnostic par le procédé d'exclusion.

Guersant et Verneuil ont publié des cas analogues. Dietrick et Prochaska ont observé de véritables cas d'inclusions intra-testiculaires. C'est ordinairement à la naissance ou à une époque voisine de la naissance, qu'on reconnaît les inclusions fœtales; on voit alors une tumeur irrégulière et sans translucidité, faisant corps avec le testicule. Il peut arriver plus tard qu'on trouve, dans certaines circonstances, une tumeur bosselée, dure, qui finit par s'ulcérer et donner passage aux débris du fœtus. Nous ne saurions terminer cet article sans examiner succinctement le tableau général des tumeurs du scrotum, présenté par Vidal de Cassis, dans le but de les différencier entre elles.

Il divise ces tumeurs en deux séries : les réductibles et les irréductibles.

L'hydrocèle figure dans ces deux catégories : dans la première, c'est l'hydrocèle congénitale qui, comme la hernie, peut être rentrée, mais se distinguera d'elle par sa translucidité et son mode de développement.

On trouve, dans la seconde catégorie, l'hydrocèle vaginale proprement dite, et pour la distinguer, l'auteur recommande d'insister sur les caractères suivants :

Le *poids*, qui est relativement moins grand dans l'hydrocèle que

dans les autres tumeurs (l'appréciation rigoureuse du poids relatif n'est pas toujours facile : Nélaton).

La *translucidité*, qui est son caractère propre.

La *fluctuation*, qui existe au début et manque quand le liquide distend la tumeur.

Le *rapport du testicule* avec la tumeur, qui sert à différencier l'hydrocèle vaginale de l'hydrocèle enkystée du cordon. Dans celle-ci, le testicule est au bas de la tumeur ; dans l'autre, il est presque toujours masqué.

La *forme*, qui, dans l'hydrocèle, est presque invariablement celle d'une poire à sommet tourné en haut.

Le *nombre :* l'hydrocèle vaginale est toujours unique d'un même côté du scrotum.

La *douleur*, dont l'hydrocèle est indemne dans son développement. Ce caractère a moins d'importance que les autres, mais joint à eux il devient d'une grande utilité pour formuler le diagnostic.

En définitive, comme nous venons de le voir, on a employé un assez grand nombre de moyens dans le but d'établir le diagnostic.

Sans rappeler ici la palpation qui intervient dès le principe pour chercher le testicule et le cordon, apprécier leur état sain ou morbide, et pour reconnaître si le testicule fait ou non partie intégrante de la tumeur, disons que la percussion peut aussi être utile s'il s'agit de tumeurs contenant des gaz : de hernies entérocèle ou entéro-épiplocèle *irréductibles*, surtout de hernie dite congénitale où, comme on le sait, le testicule est englobé dans la tumeur.

On a recouru encore dans certains cas de diagnostic douteux à la ponction de la tumeur soit avec le trocart ordinaire ou le trocart dit explorateur, soit avec l'aspirateur de Dieulafoy, soit avec la lancette.

Enfin, si l'on juge que la ponction soit insuffisante pour éclairer le

diagnostic, on fait une incision avec le bistouri, moyen qui a été conseillé depuis longtemps, et mis en pratique par beaucoup de chirurgiens.

Je me borne, à propos de ce dernier moyen, à citer deux observations, dont l'une appartient à Sanson et l'autre à Marcellin Duval :

Le 6 octobre 1827, Sanson fait l'amputation d'un testicule engorgé. On était incertain sur la nature de la tumeur : était-ce un hydrocèle avec épaississement des tuniques? Etait-ce un sarcocèle? Était-ce un engorgement vénérien?

Cette dernière opinion eût prévalu si un traitement antivénérien, longtemps continué, n'eût prouvé le contraire. On se décida donc à faire une incision longitudinale jusqu'au testicule. Dans le cas d'hydrocèle, cette incision aurait convenu comme dans le cas de sarcocèle. L'incision faite, démontra qu'il n'y avait qu'un engorgement du testicule, de nature inflammatoire et non de nature carcinomateuse. (Gazette médicale de Paris, numéro du 27 décembre 1873, page 699 ; Documents inédits pour servir à l'histoire de la clinique de Dupuytren, par le Dr Kuhn.)

Extrait d'une observation qui nous a été communiquée par M. Marcellin Duval.

Il fut appelé, il y a plusieurs années, pour donner son avis sur le diagnostic d'une tumeur volumineuse des bourses, occupant le côté droit. Avant son arrivée le chirurgien chargé du traitement et une nombreuse assistance avaient déclaré que c'était une tumeur cancéreuse du testicule, et qu'il fallait recourir à l'ablation de l'organe.

Après avoir interrogé le malade et après un examen attentif de la tumeur, M. Duval émit des doutes sur le diagnostic précédemment établi d'une manière aussi affirmative, et conseilla de pratiquer une incision assez longue, surtout assez profonde pour s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'un hématocèle à parois très-épaisses.

Le bistouri donna issue à un liquide très-épais, de couleur chocolat; l'incision fut agrandie, et la tunique vaginale complètement vidée : on reconnut alors que le testicule était parfaitement sain. On excisa sur plusieurs points la paroi interne de la poche dans laquelle des boulettes de charpie furent introduites.

A la suite d'une suppuration abondante, et au bout de deux mois environ, le malade fut complètement guéri de son *hématocèle.*

E. Traitement (*exposé sommaire*).

Suivant le résultat qu'on se propose d'obtenir, on peut le diviser en palliatif et en curatif :

Le premier ne saurait fixer lonetemps notre attention, puisqu'il est aujourd'hui à peu près abandonné pour le traitement curatif. On n'y a recours que dans des circonstances exceptionnelles. Il a été pratiqué à l'aide du bistouri, de la lancette.....; en Angleterre on s'est servi de l'acupuncture ; actuellement on s'en tient au trocart, qui permet de vider d'un seul coup la tumeur, sans risquer de voir le liquide s'infiltrer dans les parois du scrotum, comme lorsqu'on opère avec les instruments précités.

Il est inutile de dire que dans la cure palliative, aussi bien que dans la cure radicale, on devra se servir de la lumière artificielle pour reconnaître le testicule et ne pas ponctionner trop près du bord apparent de cet organe. Dans le cas de translucidité complète, le mode opératoire de M. M. Duval a rendu et rendra sans doute encore de notables services.

Comme le dit Vidal de Cassis, la récidive a presque toujours lieu ; mais il ajoute : « Je ne suis pas absolu en parlant de la reproduction de la tumeur, parce que plus d'un fait me prouve que la ponction a guéri l'hydrocèle sans récidive. »

Chez les enfants surtout, la seule ponction est quelquefois suffisante pour guérir définitivement le mal. Nous avons, il y a un an environ, aidé M. Vaillant, médecin de première classe, dans cette petite opération, pratiquée sur le jeune T... Depuis cette ponction, la sérosité ne s'est plus reproduite. Ce résultat est à considérer, en raison de l'indocilité que peuvent manifester les enfants à la vue de l'appareil servant à la cure radicale. Ils ne montrent aucune répugnance à se laisser ponctionner par un trocart de petite dimension. Dans le cas

indiqué ci-dessus, on employa la seringue de Pravaz. Le corps de pompe était dévissé et vidé à mesure qu'il s'emplissait.

M. Duval a observé sur l'adulte, très-rarement il est vrai, des faits analogues.

M. le Dr Th. Caradec a vu survenir, sans cause connue, chez un vieillard de 70 ans, porteur d'une hydrocèle volumineuse, une inflammation intense, à la suite d'une simple ponction avec le trocart ordinaire. Il donna issue au liquide séro-purulent qui s'était formé cette fois, et la guérison fut radicale. M. Caradec se bornait depuis longtemps à la cure palliative, c'est-à-dire qu'il ponctionnait la tumeur lorsque la collection séreuse devenait trop abondante.

M. le Dr Dieulafoy cite cinq cas de guérison sans injection, par la méthode dite aspiratrice.

Traitement curatif.—On peut le réaliser par deux méthodes, l'une indirecte, l'autre directe.

La première consiste dans l'emploi de bandelettes, de suspensoirs suffisamment serrés, d'onctions collodionnées en vue d'établir une compression résolutive, ou bien encore de matières irritantes capables, par l'inflammation déterminée dans les couches du scrotum, de provoquer la résorption du liquide ; telles sont : la teinture d'iode, l'onguent mercuriel, l'huile de croton, etc. Les vésicatoires ont été appliqués par Dupuytren dans le même but.

Méthode directe. — Nous nous bornerons à indiquer quelques-uns des procédés opératoires qui s'y rattachent. Citons, par exemple, ceux qui tendent à faire subir à la tunique vaginale une suppuration adhésive devant amener l'occlusion de sa cavité. En première ligne se présente l'incision que l'on pratiquait en ouvrant largement la tumeur de haut en bas. On introduisait, après évacuation parfaite du liquide, des plumasseaux de charpie dans la cavité vaginale, afin d'y susciter une suppuration active. Ces plumasseaux peuvent être

imbibés, comme le veut Vidal de Cassis, de substances médicamenteuses.

Les anciens ont quelquefois porté sur le kyste le fer rouge ou des caustiques. Le liquide s'écoulait à la chute des eschares, mais il était rare que, par ces moyens, on arrivât à généraliser sur la surface de la vaginale l'inflammation modificatrice sur laquelle on comptait pour écarter les récidives.

On a encore, après avoir incisé la tumeur au bistouri ou ponctionné à la lancette, introduit des corps étrangers : des mèches de charpie, des tentes ; on a passé au travers de l'hydrocèle des sétons qui la vidaient lentement, tout en irritant la vaginale.

Baudens ponctionnait le kyste en deux endroits, et dans les deux ouvertures faisait passer sa canule, munie en son milieu d'un œil, par lequel s'échappait la sérosité. Ce corps étranger, en contact incessant avec la membrane séreuse, l'enflammait vivement et amenait la cure définitive. M. Davat remplace cette canule par un morceau de sonde de gomme élastique. Il pense que c'est à l'air introduit par cette sonde dans la vaginale qu'il faut attribuer l'irritation adhésive.

L'excision pratiquée dès l'antiquité a été reprise, puis de nouveau délaissée de nos jours. Vidal de Cassis est d'avis qu'on ne doit pas la rejeter systématiquement, mais bien la réserver pour certains hydrocèles dans lesquelles les parois du sac sont épaissies ou tapissées de concrétions quelconques. Cette opération a été exécutée de diverses façons. Tantôt on incisait largement la tumeur de haut en bas ; on disséquait la séreuse mise à nu, on la vidait et l'excisait à l'aide de ciseaux ; tantôt, comme le fit Douglas, on enlevait sur le scrotum un lambeau elliptique, laissant à découvert la tunique vaginale qu'on ouvrait et disséquait ensuite pour procéder à son ablation. D'autres chirurgiens, après avoir largement incisé les tissus jusqu'au sac, fendaient celui-ci crucialement, et aussi près que possible du testicule, enlevaient les quatre lambeaux résultant de l'inci-

sion. Quel que fût le procédé employé, on introduisait dans la plaie de la charpie, qui amenait bientôt par suppuration l'oblitération de la cavité vaginale.

Toutes ces opérations, dont la dernière est d'une exécution si lente et si douloureuse, ont été supplantées par la ponction suivie de l'injection d'un liquide ou de l'introduction d'un corps solide. Nous nous appuyons dans notre opinion sur ce qu'écrivait Malgaigne, en 1861, dans son *Traité de médecine opératoire :* « On extrait, dit-il, le liquide par la ponction pratiquée avec le trocart, la lancette, l'aiguille à acupuncture, etc. Le trocart est généralement préféré.

« Pour empêcher ensuite sa reproduction, deux méthodes se présentent. Dans l'une, on suscite dans la tunique vaginale une irritation adhésive ou substitutive; dans l'autre, une inflammation suppurative. Cette dernière compte parmi ses procédés : 1° l'incision ; 2° la cautérisation ; 3° le séjour dans la tunique vaginale de divers corps étrangers, tente, séton, canules, bougies, sondes, etc. Elle est généralement rejetée. Pour déterminer l'inflammation adhésive ou substitutive, Kinder Wog avait essayé une légère excision à travers une ponction des téguments pratiquée avec la lancette, Jobert des incisions sous-cutanées. Malgaigne a proposé de traverser la tunique vaginale avec des épingles, et Ricord, suivant la même idée, l'a traversée avec des fils doubles serrés à l'extérieur sur deux petits cylindres, comme dans la suture enchevillée. Mais, ajoute l'auteur, aucun de ces procédés n'a pu prévaloir contre les injections.

Beaucoup de liquides ont été employés après le ponction. Ellis, la tunique vaginale vidée, introduisait à travers la canule une sonde cannelée, trempée auparavant dans de l'alcool à 36°, et répétait cette introduction deux ou trois fois de suite, de manière à laisser à l'intérieur 8 à 10 gouttes d'alcool. L'auteur compte 8 guérisons sur 12 opérations. Dupierris a repris le même liquide, en injectant 8 grammes qu'il abandonne dans la tunique vaginale.

Sédillot a essayé les injections d'alcool, auxquelles on avait reproché d'exciter de dangereuses inflammations; il n'a observé aucun accident,et les malades ont parfaitement guéri(Thèse de Deluy,1844, Strasbourg).

A. Richard, qui injecte 8 grammes d'alcool, a cité l'histoire de plusieurs malades qui avaient été guéris sans aucun gonflement inflammatoire douloureux (M. M. Duval a observé une quinzaine de cas analogues). La teinture d'iode, dit Sédillot, nous devons le reconnaître, agit souvent de la même manière.

L'infusé vineux de roses de Provins, le vin tiède seul, ont donné de bons résultats dans les mains de Dupuytren qui procédait, après la ponction, à trois injections se succédant rapidement.

L'eau pure, l'eau à la température de 42° à 45°, le liquide lui-même de l'hydrocèle, une solution de chlorure de sodium, d'alun, de sulfate de zinc, de tannin, d'eau de chaux, d'azotate de potasse, etc., etc., ont été encore employés.

Depuis Velpeau surtout, on a souvent donné la préférence à la teinture d'iode, dont l'infiltration dans les mailles du tissu cellulaire du scrotum n'a pas ordinairement les funestes conséquences des injections vineuses. Elle se recommanderait également de l'action opportune qu'elle exercerait dans la résolution d'engorgements concomitants du testicule ou de l'épididyme. Velpeau préconise l'injection iodée, en raison de son innocuité et de l'inflammation purement modificatrice qu'elle provoque à la surface de la vaginale. Mais, Vidal de Cassis fait observer que les cas de récidive, à la suite d'injections iodées, sont plus fréquents qu'à la suite des injections vineuses; il considère donc celles-ci comme plus efficaces et les met en première ligne, tout en reconnaissant que l'oblitération de la vaginale en découle, et en indiquant les observations de M. le professeur Gosselin sur l'anémie testiculaire consécutive à cette oblitération.

En 1854, Defer, chirurgien de Metz, a eu recours au nitrate d'ar-

gent solide, dans le but d'éviter l'infiltration du tissu cellulaire par les liquides à injection et de prévenir ainsi la gangrène du scrotum.

Denonvilliers, Maisonneuve, Desormeaux, etc., ont employé ce procédé et souvent avec succès. Disons, en passant, qu'il n'est pas toujours exempt de douleurs vives. Nous avons recueilli l'observation d'un cas dans lequel elles ont persisté pendant six heures.

Nous avons lu tout récemment dans le numéro de décembre 1873, page 454, des *Archives de médecine navale*, un mémoire intéressant sur l'hydrocèle et son traitement, par le Dr Van Leent, médecin principal de la marine royale Hollandaise, traduit par M. le Dr Bassignot, médecin de première classe de notre marine.

Après avoir passé en revue la plupart des modes de traitement employés contre l'hydrocèle, le Dr Van Leent rappelle l'opinion de Gross sur l'emploi du séton: « Cette manière d'opérer que je mets au-dessus de toute autre, aussi bien à cause de sa simplicité que parce qu'elle n'offre aucun danger, et qu'un bon résultat ne fait jamais défaut, se pratique de la même manière que celle de l'injection, avec cette différence que la ponction se fait un peu plus bas. »

Le Dr Van Leent ajoute alors: « La méthode du séton *modifiée* donne un résultat qui ne trompe jamais, qui est durable et bon.

« Le mode opératoire que j'ai adopté est en quelque sorte différent de celui de Percival-Pott, mais il est complètement basé sur lui.

« Il consiste dans l'évacuation du sac de l'hydrocèle, au moyen d'une ponction avec un trocart explorateur d'environ 2 millimètres de diamètre et long d'environ 10 centimètres, et le passage d'un fil de soie ordinaire, non ciré, qui ne soit pas trop fin. Ce fil traverse de part en part la cavité de l'hydrocèle. »

La question la plus importante est la suivante : « Combien de temps faut-il laisser le fil en place pour obtenir l'inflammation nécessaire à l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale? »

« Régulièrement, il suffit de vingt-quatre heures pour obtenir un

degré suffisant de réaction. Il vaut mieux retirer le fil un peu trop tard que trop tôt. Cinq à six jours après l'opération, on peut s'assurer par la palpation de l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale. Alors le malade peut, pourvu d'un bon suspensoir, abandonner le lit et même la chambre. Cette opération ne cause presque pas de douleur; elle est simple et peut être rapidement pratiquée après l'évacuation du liquide. »

En résumé, on a employé avec succès pour guérir l'hydrocèle un grand nombre de procédés, parmi lesquels nous rappellerons: la teinture d'iode plus ou moins étendue d'eau, ou la solution iodo-iodurée, l'alcool, le nitrate d'argent, d'après le procédé du Dr Defer, le séton d'après celui du docteur hollandais Van Leent.

Il nous paraît évident qu'on devra préférer (l'efficacité restant égale d'ailleurs) le moyen qui n'offre aucun danger, ne détermine que peu ou point de douleurs primitives ou consécutives, d'un emploi simple et facile, et qui n'exige qu'un repos peu prolongé, *à fortiori* celui qui permettrait à l'opéré de vaquer à ses occupations habituelles.

F. Piqure du testicule comme accident de la ponction.

Quelques passages empruntés aux auteurs seront de beaucoup préférables à tout ce que nous pourrions dire au sujet des résultats de cette lésion.

Boyer dans son *Traité des maladies chirurgicales*, page 196, indique la possibilité d'une hémorrhagie intra-vaginale par pénétration de l'instrument dans le testicule, et s'exprime ainsi sur la conduite à tenir en pareil cas: « Lorsqu'on a incisé le sac dans lequel le sang est contenu, si ce liquide continue à couler, on doit examiner d'où il vient; s'il est fourni par un vaisseau de la tunique vaginale, le tamponnement suffit presque toujours pour en suspendre l'écoulement. S'il vient du cordon il faut tâcher de lier le vaisseau ouvert:

mais s'il était impossible de faire cette ligature partielle, et que l'hémorrhagie fût assez abondante pour compromettre la vie du malade, on serait contraint de lier le cordon en totalité, d'où résulterait la *perte* et l'*atrophie* du testicule. La même ligature a été quelquefois nécessaire lorsque les vaisseaux intérieurs du testicule ont été divisés par la pointe du trois-quarts et que la membrane albuginée s'est trouvée distendue par le sang. »

DUPUYTREN. — *Leçons orales de clinique*, tome IV, p. 190.

OBS. I. — Hydrocèle. Ponction. Testicule en avant. Point de liquide. Nouvelle ponction. Guérison.

Un homme vint à l'Hôtel-Dieu, après avoir été traité dans un autre hôpital d'une hydrocèle par la méthode de la ponction. L'opération avait été, disait-il, fort *douloureuse*. Il n'était sorti par le canule que du sang et point de sérosité; la bourse au lieu de diminuer avait considérablement augmenté de volume. Elle était devenue chaude, douloureuse et tendue, et ce n'était qu'après un *traitement antiphlogistique sévère*, qu'elle avait été ramenée à l'état où elle était avant l'opération.

Dupuytren ayant placé la tumeur contre son œil et une bougie, reconnut qu'elle était transparente dans toute sa partie postérieure, et qu'elle présentait en devant et vers le point sur lequel on avait opéré d'abord une opacité qu'il annonça être formée par le testicule. Il saisit alors entre deux doigts ce corps dans la substance duquel s'était arrêtée la pointe de l'instrument lors de la première tentative d'opération, et il vida la tunique vaginale par une ponction faite plus en arrière.

OBS. II. — Hydrocèle. Ponction. Testicule en avant. La circonférence est traversée. Injection. Pas d'accidents. Guérison.

Hildebrand, âgé de 28 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1816 pour s'y faire traiter de deux hydrocèles. La forme des tumeurs, leur transparence, ne laissaient aucun doute. Celle du côté droit étant plus volumineuse, Dupuytren se décida à l'opérer, et remit à un autre temps la cure du côté gauche, craignant qu'en opérant les deux côtés à la fois, l'inflammation ne se portant que d'un seul côté, ne pût guérir l'autre.

Le 24 mai, le malade fut opéré. Après s'être de nouveau assuré de la transparence de la tumeur, Dupuytren fit une ponction vers la partie antérieure et infé-

rieure; mais là se trouvait le testicule; *il fut traversé* par le trois-quarts; a douleur ne fut pas très-vive. Dupuytren après avoir dégagé la canule, fit les trois injections: douleurs supportables. L'inflammation qui survint fut très-modérée; il ne survint aucun accident, et le malade quitta l'hôpital le 1er juillet, trente-quatre jours après l'opération, presque guéri.

VELPEAU. — *Dictionnaire de médecine*, tome XV, p. 470.

« La piqûre du testicule n'a lieu que dans les cas où il n'a pas été possible de reconnaître exactement le siége du cordon spermatique ou de la glande séminale elle-même. Elle est à craindre encore lorsque l'hydrocèle est peu développée. Dupuytren, Boyer, et presque tous les chirurgiens un peu répandus ont été à même de l'observer. La douleur qui en résulte, fort vive dans certains cas, offre un caractère particulier qui ne permet pas de s'y tromper. L'organe s'enflamme quelquefois violemment et peut tomber en fonte purulente. Néanmoins cette blessure est entourée de moins de dangers qu'on ne se l'imaginerait tout d'abord. Un malade ainsi atteint et dans le testicule duquel le bout de la canule était resté, au point que l'injection seule l'en détacha, ne ressentit guère que les symptômes qui accompagent communément l'opération par l'injection. Chez un autre cependant, il survint un abcès que j'ouvris et qui pendant plusieurs semaines me fit craindre pour la perte de l'organe prolifique. J'ai vu, chez deux autres sujets, cette piqûre ne plus laisser de traces dès le lendemain. »

NÉLATON, tome V, p. 618:

La piqûre du testicule n'est pas un accident très-grave; si même il venait à être touché pendant l'opération, il n'y aurait peut-être pas un grand danger à pousser l'injection comme si rien n'était arrivé. Néanmoins, comme on doit redouter l'inflammation et peut-être la suppuration de cet organe, la prudence conseille de s'abstenir; d'ailleurs un chirurgien attentif devra toujours se mettre à l'abri d'un pareil accident.

Malle, dans sa *Clinique chirurgicale de Strasbourg*, p. 224, insiste beaucoup sur l'étude de la position du testicule :

« Un des points du diagnostic sur lesquels insiste le plus M. Bégin, dit-il, est celui qui est relatif à la situation du testicule dans la tunique vaginale. Cette membrane, en effet, ne se développe pas toujours avec une égale régularité; la pression d'un suspensoir, quelques adhérences anormales avec le testicule, quelques inégalités dans la résistance de ces diverses parties, sont autant de causes qui peuvent modifier son ampliation, et faire arriver le testicule en dehors, en dedans, et même parfois entièrement en avant sur le point qui constitue pour ainsi dire le lieu d'élection de l'opération. Ces anomalies doivent exciter d'abord l'attention du chirurgien, faire naître sa défiance, l'engager à explorer plus attentivement la tumeur, afin de découvrir le testicule, et dans le cas où celui-ci ne pourrait être découvert, le porter à préférer l'incision ou l'excision à la ponction, parce que cette dernière, faite au hasard, exposerait nécessairement à la blessure de l'organe sécréteur du sperme. »

A la suite, l'auteur cite un cas dans lequel une première perforation du testicule, pendant la ponction, détermina une adhérence de cet organe avec la vaginale pariétale en avant, ce qui faillit plus tard causer de nouveaux accidents lorsqu'on en vint à pratiquer l'excision.

M. Duval, mémoire déjà cité (*Gazette des hôpitaux* du 26 juin 1862) :

« Cet accident (la piqûre du testicule) est arrivé, comme on sait, aux plus grands chirurgiens qui n'ont pas craint d'avouer leur faute (Boyer, Dupuytren, Velpeau, etc.). D'autres ont été plus heureux peut-être, ou n'ont pas eu la même franchise.

« Le procédé opératoire ordinairement suivi, et qui consiste à donner un coup brusque et sec pour pénétrer d'emblée dans la tunique vaginale, explique encore la possibilité de l'accident dont il est question.

« Je m'empresse d'ajouter, qu'en général, on s'exprime un peu trop légèrement à l'endroit de l'innocuité de la lésion du testicule. Il y a d'abord une douleur presque toujours très-vive, puis assez fréquemment une inflammation qu'il n'est pas facile de maîtriser.

« Je connais quatre exemples de cet accident : une fois la piqûre n'eut pas de résultats fâcheux ; dans deux autres cas, l'inflammation de l'organe blessé fut très-intense ; enfin, dans le quatrième cas il y eut suppuration abondante, et, par suite, atrophie de l'organe. »

Procédé de M. Marcellin Duval, dans le but d'éviter la lésion du testicule et de l'épididyme, s'il y a translucidité totale, et si le toucher n'a point révélé la situation de ces organes :

« Le chirurgien fait un petit pli transversal au scrotum, vers la partie inférieure et antéro-externe de la tumeur ; il saisit entre le pouce et l'index gauches l'une des extrémités de ce pli ; l'autre est confiée à un aide ; le pli est incisé avec un scalpel ou un bistouri, perpendiculairement et dans l'étendue seulement nécessaire à l'introduction du trocart. On abandonne le pli à lui-même, et le trocart, tenu d'après les règles ordinaires, est poussé doucement jusqu'à son entrée dans la tunique vaginale. On dirige l'instrument un peu de dedans en dehors, et plutôt de bas en haut que directement d'avant en arrière. Quand on a traversé la tunique, on s'arrête un moment pour tirer à soi le poinçon, de manière à cacher sa pointe dans la canule ; puis, on enfonce celle-ci de bas en haut, presque parallèlement à l'axe du corps, en l'inclinant légèrement du côté externe de la tumeur. On retire complètement le poinçon, et la sérosité s'écoule...

« Le moment est venu de m'expliquer à l'égard du procédé que je conseille, et qui ne constitue nullement l'objet de mon mémoire ; il suffit de lire le titre de celui-ci.

« Je me garderai bien de le qualifier de procédé nouveau, parce que, en effet, depuis longtemps plusieurs chirurgiens, Bell entre autres, ont été dirigés par des idées analogues aux miennes.

« Ce petit procédé me paraît utile au point de vue pratique. Je ne le considère pas comme infaillible; mais, jusqu'à présent, il m'a réussi, en ce sens que je n'ai jamais blessé le testicule. Or, depuis plusieurs années j'ai pratiqué ou fait pratiquer, dans ma clinique, plus de 140 ponctions d'hydrocèles. Ce procédé est très-facile, et nous l'avons fait exécuter plusieurs fois par de jeunes chirurgiens. » (1)

Ajoutons qu'il a été mis en pratique un grand nombre de fois depuis 1862, époque à laquelle M. Duval écrivait ces lignes.

---

(1) On peut aussi, comme l'a dit il y a longtemps M. Duval, on peut aussi dans l'ascite pratiquer, sans pli préalable, une incision cutanée avant l'introduction du trocart, si la peau est épaisse ou si quelque circonstance force à opérer avant la distension des parois abdominales.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulation coxo-fémorale.

Physiologie. — De la faim et de la soif.

Physique. — Electroscope et machines électriques.

Chimie. — Des oxydes de fer, de zinc et de manganèse, leur préparation, caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des polypiers, caractères généraux, classification des éponges et des coraux, leurs usages en médecine.

Pathologie externe. — De l'angioleucite.

Pathologie interne. — Du rhumatisme cérébral.

Pathologie générale. — Des rechutes.

Anatomie pathologique. — Etude anatomique des lésions attribuées à la syphilis.

Médecine opératoire. — De la résection de l'épaule.

Pharmacologie. — Des extraits : qu'entend-on par extraits aqueux dépurés et non dépurés, alcooliques, éthérés, etc...? quels sont les différents modes des opérations employées pour les obtenir; quelles sont les expressions employées pour indiquer leur consistance, les altérations qu'ils peuvent subir et les moyens à employer pour les prévenir?

Thérapeutique. — De l'emploi des applications topiques.

Hygiène. — Du choix d'une nourrice.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des cheveux et des poils de l'homme pris dans différentes régions du corps; distinguer ceux-ci de ceux qui appartiennent à divers animaux.

Accouchements. — De l'œdème qui complique la grossesse ; sa valeur différente suivant son siége.

Vu par le Président de la thèse,
BOUCHARDAT.

Vu et permis d'imprimer ;
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
MOURIER.